



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2014

**ANA DAVID SILVA
DINIZ TOMÉ**

**ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DE ADULTOS
IDOSOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2014

**ANA DAVID SILVA
DINIZ TOMÉ**

ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DE ADULTOS IDOSOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e co-orientação da Doutora Anabela Pereira, Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente

Prof. Doutora Inês Cristina Direito Baptista da Silva
professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Ana Filipa Fernandes Pimenta
investigadora auxiliar do Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro
professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Sara Monteiro por todo o empenho, dedicação e auxílio sempre atempado, pelas palavras de força, coragem, incentivo e acima de tudo de tranquilidade que sempre teve para me dar.

À Professora Doutora Anabela Pereira pelo apoio prestado ao longo do projeto, pelas suas indicações e especialmente pelo seu envolvimento no mesmo.

À Dr.^a Joana Gonçalves pela partilha constante e total de todo o seu conhecimento, por promover o meu interesse neste tema em particular, por todo o tempo despendido no projeto, pela confiança depositada em mim (desde cedo) e acima de tudo pela amizade demonstrada.

A toda a equipa do Centro de Respostas Integradas de Aveiro, que me recebeu sempre com todo o carinho, me confortou e apoiou, ao longo do último ano, e despendeu do seu tempo, até fora do horário de trabalho, para ajudar neste projeto. A cada um deles em particular e sem qualquer exceção (aos auxiliares, administrativos, à equipa de enfermagem, de psicologia, de serviço social e de medicina), o meu enorme e sincero obrigada.

A todos os participantes do estudo que deram um pouco de si e do seu tempo para o projeto, sempre com simpatia e boa vontade. Sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Ao Diogo, pelo seu apoio incondicional, por estar comigo nos bons e maus momentos, por me transmitir segurança, pela sua positividade e acima de tudo por fazer parte da minha vida da forma que faz.

À minha mãe e ao meu pai por nunca deixarem de acreditar em mim.

À minha avó, ao Estrelinha, aos meus irmãos, à Dr.^a Eugénia e ao Dr. Luís, pela rede de suporte que representam e são para mim.

Aos meus amigos, por estarem comigo e por toda a força que me deram mesmo com a minha ausência, que alias foi sempre compreendida por eles.

À Ana Gomes e à Cláudia pela amigas de curso que demonstraram ser ao longo destes anos.

palavras-chave

Adultos idosos, Idosos, Perturbações pelo uso de substâncias, Toxicodependência, Comportamentos aditivos, Drogas ilícitas, Consumo de substâncias.

resumo

O principal objetivo da presente dissertação é caracterizar os utentes ativos do CRIA, com 50 anos ou mais, sociodemograficamente; relativamente aos consumos e do ponto de vista clínico, comparando-os consoante o programa de tratamento de manutenção opióide em que se inserem. O crescente envelhecimento da população traz novos desafios, como o envelhecimento da população com perturbações pelo uso de substâncias (EMCDA, 2010). Este grupo tem estado a aumentar e espera-se que continue até pelo menos 2020 (Han, Gfroerer, Colliver, & Penne, 2009). Apesar disso, o desconhecimento do fenómeno é grande e são necessários mais estudos, especialmente devido às vulnerabilidades específicas desta faixa etária. Dos 102 utentes ativos, desta faixa etária, 71 reúnem as condições necessárias para participar no estudo e 42 realizaram a avaliação psicológica. A bateria de avaliação consistiu nos seguintes instrumentos: BSI, MOCA, IAFAI, GDS e WHOQOL-Bref e a análise de dados foi realizada através do SPSS – Versão 20. Foram encontradas diferenças significativas entre os dois programas de tratamento no MOCA, no WHOQOL-Bref (domínio 2 e 4) e no IAFAI (IE). Em todos esses casos o programa de manutenção com metadona obteve piores resultados clínicos que o programa de manutenção com buprenorfina. A amostra global diferiu significativamente da população normal no WHOQOL-Bref (domínio geral), obtendo piores resultados de qualidade de vida; e em alguns domínios do BSI, obtendo melhores resultados de sintomatologia psicológica. Apesar das diferenças encontradas, a amostra encontra-se melhor do que seria de esperar face ao contexto de vida em que se insere.

keywords

Older adults, Elderly, Substance use disorders, Addiction, Addictive behaviors, Illicit drugs, Substance abuse.

abstract

The main goal of this dissertation is to characterize the active patients of the CRIA, with 50 or more years, social and demographically; in respect to their consumption and clinically, comparing them according to the program of opioid maintenance treatment received by them. The growing aging of the general population brings new challenges such as the increase of the age population with substance use disorders (EMCDA, 2010). This group has been increasing and is expected to continue until at least 2020 (Han, Gfroerer, Colliver, & Penne, 2009). Nevertheless, the ignorance of this phenomenon is huge and more studies are largely necessary, especially due to the specific vulnerabilities of this age group. Of the 102 active patients in this age group, 71 meet the necessary conditions for participating in the study and 42 underwent psychological evaluation. The assessment battery consisted of the following instruments: BSI, MOCA, IAFAI, GDS and WHOQOL-Bref and data analysis was performed using SPSS - Version 20. Significant differences between the two treatment programs were found at MOCA, WHOQOL-Bref (domain 2 and 4) and IAFAI (IE). In all these cases the methadone maintenance program got worse clinical outcomes than the buprenorphine maintenance program. The global sample differed significantly from the normal population in the WHOQOL-Bref (general domain), showing worst results of quality of life; and in some domains of the BSI, obtaining better results of psychological symptomatology. Despite those differences the sample is better than expected due the life context in which they are embedded.

Índice

Introdução	1
Método	6
Participantes	6
Instrumentos.....	7
Procedimentos	8
Análise de dados.....	9
Resultados	10
Caracterização Sociodemográfica	10
Caracterização Relativa aos Consumos	12
Diferenças entre Grupos de Tratamento	14
Diferenças Clínicas entre a Amostra e a População Normal	15
Discussão	18
Referências	26
Anexos.....	31

Índice de tabelas

Tabela 1- Dados sociodemográficos e de HIV	11
Tabela 2 - Situação profissional e fontes de rendimento	12
Tabela 3 - Tipos de sentenças	12
Tabela 4 - Droga principal	13
Tabela 5 - Consumos (últimos 12 meses)	14
Tabela 6 - Diferenças sociodemográficas entre os dois grupos	14
Tabela 7 - Diferenças clínicas entre os dois grupos	15
Tabela 8 - Comparação entre cada grupo e a população normal	16
Tabela 9 - Comparação entre a amostra global e a população normal	17
Tabela 10 - Distribuição da amostra em estudo pelos percentis da população normal	18

Introdução

Devido ao aumento da esperança média de vida e aos baixos níveis de fertilidade a população europeia está a envelhecer. Em 2009 a média de idades na Europa era 40.6 anos e prevê-se que em 2060 aumente para 47.9 (EU, 2011). De igual forma, e pelos mesmos motivos, em Portugal a tendência de envelhecimento demográfico também se tem vindo a manter (INE, 2013). Aliado ao envelhecimento da população em geral, está também o envelhecimento da população com perturbações pelo uso de substâncias, sendo que em 2008 Portugal já tinha a percentagem mais alta de utentes em tratamento, entre os 40 e os 49 anos de idade, da Europa (EMCDA, 2010). Diversos estudos referem que o uso de drogas ilícitas por pessoas de idade está em expansão (e.g. Schlaerth, Splawn, Ong, & Smith, 2004) e um estudo retrospectivo concluiu que entre 1996 e 2003 a percentagem de pacientes em Programa de Manutenção com Metadona (PMM), com 50 anos ou mais, aumentou quase 10 vezes (Dursteler-MacFarland, Vogel, Wiesbeck, & Petitjean, 2011). Para além das alterações demográficas (*baby boom*), a melhoria no acesso ao tratamento e o desenvolvimento de serviços de redução de danos têm aumentado a esperança de vida dos consumidores, mantendo os doentes em tratamento por largos períodos de tempo, contribuindo para o aumento desta população (EMCDA, 2010). A evidência diz-nos que as perturbações relacionadas com substâncias são normalmente uma condição crónica e recidivante, que exige um cuidado contínuo durante anos ou décadas (Bevan, 2009). Adicionalmente aos utentes que iniciaram consumos há muitos anos e se mantiveram em tratamento existem os que iniciaram os consumos tardiamente, o que poderá acontecer como forma de lidar com as perdas próprias desta faixa etária (e.g. reforma, morte de familiares e amigos) (Dowling, Weiss, & Condon, 2008). Para além disso, o aumento do envolvimento do sistema judicial também poderá ter tido implicações no aumento dos tratamentos desta faixa etária (Lofwall, Schuster, & Strain, 2008).

A definição de “idoso” aos 65 anos de idade foi aceite pelos países desenvolvidos, mas, apesar de esta idade ser comumente usada, não existe um acordo único acerca da idade em que passamos a ser idosos (WHO, 2014). Esta definição torna-se ainda mais difícil e menos unânime quando se refere à definição de “idoso dependente de substâncias”. Os estudos existentes utilizam pontos de corte desde os 35 até aos 50 anos (EMCDA, 2010). Certamente que 50 anos não é uma idade cronicamente idosa, mas pode ser razoável considerá-la porque consumidores com esta idade têm um funcionamento

parecido com pessoas de 60 anos, sem essa perturbação. Este facto aponta para uma aceleração das comorbilidades médicas (Lofwall *et al.*, 2008) ou exacerbação do processo de envelhecimento (Beynon, Roe, Duffy, & Pickering, 2009). Para além disso, os utilizadores de drogas morrem 12 a 22 vezes mais que a população geral e os consumidores idosos mais duas a seis vezes do que os mais jovens (Crome, Sidhu, & Crome, 2009).

A geração dos “*baby boomers*”, nascida entre 1946 e 1964, é uma geração mais numerosa e que foi mais exposta ao uso de drogas ilícitas comparativamente às gerações anteriores. Por esse motivo, têm sido realizadas projeções relativas à população consumidora de substâncias psicoativas dos Estados Unidos da América, com 50 anos ou mais, em 2020. Dessa forma prevê-se que o uso de cannabis “no último ano” aumente de 719 mil (1999-2001) para quase 3.3 milhões e de qualquer droga ilícita de 1.6 milhões (1999-2001) para 3.5 milhões (Colliver, Compton, Gfroerer, & Condon, 2006). Já no que se refere às perturbações por uso de substâncias espera-se que aumentem de 2.8 milhões (2002-2006) para 5.7 milhões (Han, Gfroerer, Colliver, & Penne, 2009). Por fim, a necessidade de tratamentos para abuso de substâncias deverá aumentar de 1.7 milhões (2000-2001) para 4.4 milhões (Gfroerer, Penne, Pemberton, & Folsom, 2003). Na Europa, apesar de a prevalência ser inferior, os utilizadores de drogas idosos representam quase 20% dos tratamentos (EMCDA, 2010). No entanto, mesmo com o aumento do abuso de substâncias, por parte desta população, este fenómeno é largamente desconhecido (Beynon, 2009) e as políticas relativas às pessoas idosas, adições e de saúde mental não se focam nos idosos que consomem (Crome *et al.*, 2009). O mesmo acontece com a investigação, que tem focado a sua atenção nos consumos de álcool e no abuso de medicação, pondo de parte o consumo de drogas ilícitas (Rosen, Hunsaker, Albert, Cornelius, & Reynolds, 2011).

Deste modo, detetar estes utentes tem-se demonstrado bastante difícil. Por um lado, os idosos não relatam o seu consumo e por outro os profissionais de saúde poderão ter falta de capacidades técnicas relativas aos consumos nesta população, bem como a como a crença de que estes apenas ocorrem nos jovens (Pillon, Cardoso, Pereira, & Mello, 2010). Um estudo antigo chegou à conclusão que os médicos não reconheciam o mau uso de substâncias (especialmente álcool, tabaco e benzodiazepinas) em pacientes idosos (McInnes & Powell, 1994). Alguns anos depois, outro estudo, realizado nas urgências de

um hospital, nos Estados Unidos, concluiu que apenas dois de 18 utentes positivos para cocaína foram identificados, pelos médicos da equipa, como tendo esse problema (Rivers *et al.*, 2004). Deste modo, os cuidadores de saúde devem questionar os pacientes acerca do uso de drogas ilegais e, ainda assim, a resposta poderá não ser fiável (Schlaerth *et al.*, 2004). Como agravante desta situação, muitos problemas derivados do consumo de drogas podem ser confundidos com outras dificuldades próprias nas idades avançadas (Gossop & Moos, 2008). Para além disso, os critérios de diagnóstico atuais foram validados em amostras mais jovens, pelo que não se adequam a idosos. Concretamente, a tolerância poderá estar alterada nestes utentes (devido às alterações farmacocinéticas e fisiológicas próprias da idade) e as consequências relacionadas com a interferência nas obrigações e no meio social poderão também não se adequar à realidade desta faixa etária (Patterson & Jeste, 1999).

Os utilizadores de drogas idosos possuem diversas características que os tornam mais vulneráveis que os consumidores mais jovens. Estes apresentam níveis mais altos de problemas de saúde física e mental do que os não consumidores ou consumidores mais novos (EMCDA, 2010; Roibás, Melendro, & Montes, 2010). Diferem ainda das faixas etárias mais jovens no funcionamento cognitivo, biológico, emocional e social (Kalapatapu *et al.*, 2011). Importa ainda referir que os problemas de saúde (e.g. falta de mobilidade e saúde deficitária), psicológicos (e.g. depressão, solidão, ansiedade e demência) e sociais (e.g. isolamento social e dificuldades financeiras), próprios do envelhecimento, podem ser fatores de risco para o mau uso de substâncias e esse mau uso também poderá influenciar esses problemas (Gossop & Moos, 2008). Especificamente, esta faixa etária tem falta de recursos pessoais (como baixa qualificação laboral, inteligência emocional, crença nas possibilidades, apreço por si mesmos e incapacidade para gerir a própria vida) e maior rutura dos laços sociais (Roibás *et al.*, 2010), especialmente devido à desconfiança que têm face aos outros (Smith & Rosen, 2009). Estes utentes encontram-se isolados porque por um lado já não têm nada em comum com os amigos que usavam drogas mas já deixaram de o fazer; por outro lado a mortalidade e morbilidade, que vai matando as gerações com mais idade, é agravada nesta população, que se relaciona com outras pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), que, conforme descrito anteriormente, morrem mais do que os não consumidores; por fim, existe uma falta de identificação com os consumidores mais novos e ainda medo que haja violência por parte destes (Levy &

Anderson, 2005). Assim, esta faixa etária, devido à idade, experiências traumáticas no passado e dificuldades nas relações pessoais tem maior dificuldade em iniciar ou manter relações sociais saudáveis, componente esta que cada vez mais é vista como fundamental no tratamento do abuso de substâncias (Smith & Rosen, 2009), aumentando a sua vulnerabilidade e necessidade de atenção especial.

Os fatores fisiológicos relacionados com a idade também levam a uma maior vulnerabilidade destes doentes. Um consumo nesta faixa etária, ainda que moderado, poderá trazer-lhes maiores riscos do que aos consumidores mais jovens, já que há um aumento da prevalência das comorbilidades relacionadas com a idade bem como alterações no metabolismo das drogas e nos sistemas neurotransmissores que medeiam os efeitos das mesmas no cérebro (Dowling *et al.*, 2008). Os idosos em geral, com ou sem consumos, têm o seu metabolismo diminuído e baixo teor de água corporal, fatores estes que aumentam o tempo de permanência das drogas ilícitas no sangue. Assim, as suas funções motoras e cognitivas são afetadas durante mais tempo, agravando o risco de acidentes, quedas ou lesões. Os idosos apresentam assim maior sensibilidade (i.e. sentem efeitos com menos quantidade) e menor tolerância (i.e. não necessitam de consumir tanta quantidade como costumavam) que os consumidores mais jovens. É ainda importante realçar que estes utentes utilizam outras medicações com regularidade e muitas delas interagem com as drogas ilícitas (Han, Gfroerer, & Colliver, 2009). Apesar de todas estas necessidades, existe a evidência de que os utilizadores de drogas idosos podem melhorar a forma como lidam com o seu problema, ter melhores resultados que os utilizadores mais novos e mostrar uma boa retenção no tratamento (EMCDA, 2010).

Devido ao pouco conhecimento existente acerca desta temática e à falta de estudos acerca dos adultos idosos e idosos que consomem substâncias psicoativas (excetuando o álcool e as medicações prescritas) existem estudos que pretendem caracterizar esta população. Em 2010, foram publicados dois estudos realizados em locais de atendimento a CAD com o objetivo de caracterizar estes utentes (Pillon *et al.*, 2010) bem como as suas necessidades (Roibás *et al.*, 2010). O estudo realizado em São Paulo utilizou como ponto de corte os 60 anos, encontrando assim 191 utentes, que representavam 3.2% do serviço (Pillon *et al.*, 2010); já o estudo realizado em Madrid, considerou os utentes com mais de 50 anos, englobando assim 103 utentes, que representavam 11.73% do serviço (Roibás *et al.*, 2010). Concluindo que é necessário avaliar as necessidades deste grupo (Pillon *et al.*,

2010) e que o mesmo apresenta vulnerabilidades e desproteção pessoal (Roibás *et al.*, 2010).

O uso ilícito de drogas em adultos idosos poderá ter características diferentes e necessitar de outro tipo de tratamentos (Lofwall, Brooner, Bigelow, Kindbom, & Strain, 2005). Assim, o levantamento das características destes poderá ajudar a determinar melhores práticas de prevenção, identificação e tratamento do abuso de drogas ilícitas nesta população (Lofwall *et al.*, 2008). Do mesmo modo, o levantamento das carências nas áreas vitais, sanitárias, formativas e laborais poderá ser útil à elaboração de estratégias de tratamento mais concretas (Roibás *et al.*, 2010). Assim, a caracterização destes utentes poderá ajudar no levantamento de características e de fatores de risco de modo a aumentar a triagem de utentes nos serviços de saúde primários bem como desenhar formas de atuação para reduzir alguns desses fatores de risco.

Os programas de tratamento ou de manutenção com agonista opiáceo (PTAO) com buprenorfina e com cloridrato de metadona foram aceites como tratamentos eficazes para as pessoas dependentes de opiáceos. Em Portugal o PMM é o programa de substituição mais comum, seguido do Programa de Manutenção com Buprenorfina (PMB) (PTAO, 2006). A decisão acerca de qual dos dois tratamentos deve ser utilizado varia de caso para caso (NICE, 2007). Neste contexto, e numa tentativa de reduzir as barreiras no acesso ao tratamento, surgiram os programas denominados de "baixo limiar de exigência" dentro dos PMM (Strike, Millson, Hopkins, & Smith, 2013). O PTAO (2006) explicita que os programas de baixo limiar de exigência (PMM) pretendem promover o contacto regular com o utente, aumentando a sua proximidade com os serviços e promovendo o abandono das práticas de risco, fazendo assim parte da Redução de Riscos e Minimização de Danos. Após a estabilização do doente, este deverá usufruir de uma intervenção mais estruturada. Já os programas de alto limiar de exigência (em que parte dos utentes se inserem em PMM e todos os integrados em PMB) têm como objetivo a abstinência de heroína e de outras substâncias, com seguimento médico, psicológico e social. Estes programas, como o nome indica, exigem um maior controlo/vigilância e cumprimento de mais regras, por parte dos utentes e, em caso de incumprimento, podem levar a penalizações no seu programa (alteração no regime de tomas ou na quantidade de medicação prescrita), podendo em casos mais graves levar à expulsão deste tipo de programas ou integração em programas de baixo limiar para Redução de Riscos e Minimização de Danos.

Tendo em conta as previsões do grande aumento de adultos idosos e idosos com CAD na próxima década, as necessidades e as vulnerabilidades únicas desta faixa etária e a falta de conhecimento ainda existente acerca da mesma, o presente estudo torna-se necessário e uma mais-valia para a investigação e intervenção na área. Em Portugal, segundo a nossa pesquisa e conhecimento, esta é a primeira investigação a ser realizada neste âmbito.

O EMCDA (2010) colocou três importantes questões acerca da presente temática, esta tese procura ajudar a dar resposta a duas delas: qual é a extensão deste problema na Europa? Quais as características dos utilizadores de drogas idosos em termos de uso de drogas, saúde e condições sociais? Deste modo, o principal objetivo do presente trabalho é caracterizar os utentes ativos do Centro de Respostas Integradas de Aveiro (CRIA), com 50 anos ou mais, sociodemograficamente, relativamente aos consumos e do ponto de vista clínico (funcionamento cognitivo, atividades de vida diária, sintomatologia geral, sintomas depressivos e qualidade de vida). Posteriormente, os resultados serão comparados consoante o programa de tratamento (PMM vs. PMB).

Método

Participantes

Os participantes do presente trabalho foram selecionados através da lista de utentes ativos do CRIA (utentes que tiveram consulta marcada no último ano), nascidos até 1963, de modo a incluir todos os utentes que tinham 50 ou mais anos de idade até dezembro de 2013. Em novembro de 2013 existiam 131 utentes ativos os quais preenchiam os critérios de inclusão. Em abril de 2014, essa lista foi atualizada e reduzida para 102 utentes elegíveis, sendo que: 13 passaram a inativos ou iriam passar até maio (final da recolha da amostra); cinco não pertenciam ao CRIA [estavam inscritos noutros Centros de Respostas Integradas (CRI'S) aos quais o CRIA prestava colaboração temporária]; quatro foram transferidos para outros CRI's; quatro foram encaminhados para outras respostas (dois para a Unidade de Alcoologia e dois para Comunidade Terapêutica) e três tiveram alta clínica. Desses 102, 21 abandonaram as consultas (ou seja, apesar de estarem ‘ativos’ não compareceram efetivamente no serviço durante o ano de 2014); sete estão em Estabelecimento Prisional; dois estavam embarcados e um era familiar de um utente e estava a receber apoio psicológico. Desta forma, estes 31 utentes não teriam os seus dados atualizados e não poderiam ser convocados para a realização da avaliação psicológica, não

reunindo assim condições para participar em qualquer uma das fases do presente estudo. Os 71 utentes restantes fizeram parte da caracterização sociodemográfica e referente aos consumos dos utentes. Em 31 de maio de 2014 o CRIA tinha 728 utentes ativos, sendo que 102 (14.01%) são utentes com 50 ou mais anos de idade.

Desses 71 utentes, 37 em PMM e 22 em PMB, 42 realizaram a avaliação psicológica (22 em PMM e 20 em PMB). Os critérios de inclusão para esta parte do estudo foram: estar em programa de manutenção com substituto opióide e ter nascido até final de 1963. O único critério de exclusão aplicado, para esta fase, foi ser HIV positivo, tendo em consideração o possível comprometimento cognitivo (Christo, 2010), e diminuição da qualidade de vida (Morais, 2010), motivo pelo qual foram excluídos quatro utentes (referentes ao PMM). Apenas dois dos utentes que reuniam critérios para participar no estudo não aceitaram participar (um do PMM e um do PMB), sendo que os restantes não participaram por incompatibilidade ou indisponibilidade de horário com a investigadora.

Instrumentos

Ficha base e processos clínicos – Para realizar a recolha de informação relativa aos dados sociodemográficos e aos consumos recorreu-se à ficha base informática (Sistema Informático Multidisciplinar - SIM) e aos processos clínicos dos utentes.

Brief Symptom Inventory (BSI) - (Validado e aferido para a população Portuguesa por Canavarro, 1999). O BSI é um inventário de quantificação das dimensões psicopatológicas, sendo que é uma versão reduzida do *SCL-90R* (Derogatis, 1982; citado por Canavarro, 1999). Este é constituído por 53 itens, avaliados numa escala de *likert* de quatro pontos, e avalia sintomas psicopatológicos relativos a nove dimensões de sintomatologia (*somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo*) e três índices globais [Índice Geral de Sintomas (*IGS*); Índice de Sintomas Positivos (*ISP*) e Total de Sintomas Positivos (*TSP*)]. O instrumento foi considerado um bom discriminador de saúde mental. Apresenta valores de consistência interna, relativos ao *alpha de Cronbach*, situados entre 0.62 (*ansiedade e psicoticismo*) e 0.80 (*somatização*) (Canavarro, 2007).

The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) - (Validado e adaptado para a população portuguesa por Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010). O MOCA é um instrumento de rastreio cognitivo que avalia seis domínios cognitivos específicos (função executiva; capacidade visuo-espacial; memória; atenção; concentração e memória de

trabalho e linguagem e orientação). Na sua adaptação e validação para a versão portuguesa apresentou excelente consistência interna (α de Cronbach = 0.94).

Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI) - O IAFAI é um instrumento que pretende avaliar a capacidade funcional de adultos e idosos, no que se refere às *Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)*; *Atividades Instrumentais de Vida Diária - Familiares (AIVD-F)* e *Atividades Instrumentais de Vida Diária - Avançadas (AIVD-A)*. Para tal, deverá ser aplicado em formato de entrevista ao adulto ou idoso e/ou aos seus informadores/cuidadores. Para cada atividade verifica-se se a sua realização é feita de forma independente ou não e, no caso de ser feita de forma independente, verifica-se ainda se existe dificuldade na sua realização ou se a atividade é executada com o auxílio de facilitadores (e.g. moletas). Só se considera que a pessoa é independente (atividade cotada com zero) no caso de realizar a atividade sozinha e sem dificuldade, caso contrário a atividade é cotada com um. No caso de pontuar com um, verifica-se ainda se a incapacidade se deve a motivos de *Incapacidade Física (IF)*; *Incapacidade Cognitiva (IC)* ou *Incapacidade Emocional (IE)* (Sousa, Vilar, & Simões, 2013) (instrumento a terminar as publicações referentes ao processo de validação para a população portuguesa).

Geriatric Depression Scale (GDS) - (Validada e adaptada para a população portuguesa por Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009). A GDS é uma escala que pretende avaliar a depressão em idosos. A versão portuguesa é constituída por 27 itens, visto três terem sido excluídos por não mostrarem consistência interna, e tem uma escala de resposta dicotómica (sim/não). A sua consistência interna revelou-se fiável (α de Cronbach = 0.91).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) - (Validado e aferido para a população portuguesa por Serra *et al.*, 2006). O WHOQOL-Bref é uma versão reduzida do *WHOQOL-100*, ambos elaborados pela Organização Mundial de Saúde. Constitui-se por 26 itens, organizados numa escala tipo *likert* de cinco pontos, que avaliam quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). É um instrumento válido para a população portuguesa visto ter bons índices de consistência interna para os domínios em geral (α de Cronbach = 0.79) e para as 26 questões (α de Cronbach = 0.92).

Procedimentos

O presente estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro. A primeira fase do estudo consistiu na caracterização sociodemográfica (dados demográficos, história familiar relativa ao consumo de

substâncias psicoativas e dados judiciais) e relativa aos consumos (alcoologia, drogas ilícitas, comportamentos de risco e tratamentos realizados) dos utentes ativos e a frequentar o CRIA com 50 anos ou mais. Estes dados foram recolhidos através da ficha base existente no SIM. Dos 71 utentes elegíveis, 40 tinham os dados atualizados no último ano (56.34%), 14 tinham dados obtidos entre 2009 e 2012 (19.72%) e 17 apresentavam dados migrados automaticamente pelo sistema informático de datas anteriores (23.94%) (devido a uma alteração do mesmo). Todos os dados que não sofreram atualizações no último ano (2013 ou 2014) foram retificados em reunião com a equipa terapêutica dos respetivos utentes e os que se referem aos consumos atuais, foram totalmente recolhidos, independentemente da data de atualização da sua ficha, através do terapeuta de referência, de modo a garantir a sua fidedignidade.

Na segunda fase do estudo, relativa à avaliação psicológica, os utentes elegíveis foram recrutados através do seu terapeuta de referência, durante a sua consulta de rotina, o qual apresentava os objetivos do estudo e solicitava a sua colaboração. Nenhum utente foi recrutado propositadamente para o efeito. Caso a resposta fosse favorável o utente era encaminhado para a investigadora, que expunha o estudo mais pormenorizadamente e esclarecia algumas dúvidas. Nesse momento, o utente poderia participar de imediato ou agendava outro horário, consoante a sua disponibilidade. Antes de iniciar o estudo, era-lhe apresentado e explicado o consentimento informado, o qual era assinado em caso de participação.

Análise de dados

A análise de dados foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - Versão 20. Determinaram-se as estatísticas descritivas e as estatísticas inferenciais. As primeiras consistiram nas frequências, percentagens, médias e desvios padrão e as segundas no teste de Mann-Whitney, no teste do χ^2 e no T-Test. O nível de significância considerado foi $p < .05$.

Posteriormente à caracterização da população e no sentido de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de tratamento (PMM vs. PMB), quer sociodemograficamente quer nas subescalas dos diversos instrumentos de avaliação psicológica (ponto de vista clínico), realizou-se o teste de Mann-Whitney (nas variáveis contínuas) e o χ^2 (nas variáveis categoriais). No que diz respeito às fontes de rendimento, subdividiram-se os resultados em dois grupos (rendimento do

trabalho/reforma e subsídios temporários/apoio de familiares) de modo a ser possível compara-los estatisticamente. Visto os dados normativos do IAFAI estarem apresentados em percentis, criou-se ainda uma variável categorial com vista a situar os resultados dos participantes no percentil correspondente aos dados normativos (divididos por grupos etários e sexo). Posteriormente verificou-se se os dois grupos de tratamentos diferiam também no que diz respeito à sua distribuição nos percentis de *IE*, através do teste do χ^2 . Não se aplicou a correção de bonferroni visto que este método tem sido considerado como sendo demasiado conservador (Shi, Pavey, & Carter, 2012).

Na fase seguinte, foi-se verificar se existiam diferenças entre os resultados da nossa amostra e a população normal, utilizando o T-Test. Desta forma, para os instrumentos que diferiram significativamente entre os dois tipos de tratamento, foi-se comparar a diferença entre os dados de cada um dos grupos (individualmente) com os dados normativos. Sendo que, no caso do IAFAI, visto não ser possível a comparação através do T-Test (pois não existem médias de referência), utilizou-se apenas estatística descritiva, de modo a ser possível perceber em que percentil se encontrava a nossa população tendo como referência os dados normativos. Nos casos em que os grupos (PMM vs. PMB) não diferiram significativamente entre si, comparou-se a média global da amostra com os dados normativos.

Resultados

Caracterização Sociodemográfica

Dos 71 utentes ilegíveis para a caracterização sociodemográfica e relativa aos consumos 29 (40.80%) foram referenciados para o CRIA por iniciativa própria, seguidos de 14 (19.70%) por família/amigos e de oito (11.30%) pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP). As referências pelo médico de família/cuidados de saúde primários foram duas (2.80%) e pela Cruz Vermelha Portuguesa uma (1.40%) (ver Anexo A). Estes utentes fizeram o primeiro tratamento entre o ano de 1981 e 2010 ($M = 1997.2$), sendo que 84.50% fizeram o seu primeiro tratamento até ao ano 2004.

Relativamente às informações sociodemográficas, os utentes apresentaram uma média de idade de 53.31 ($DP = 3.39$), sendo que as idades variaram entre os 50 e os 68 anos. 63 utentes (88.70%) eram do sexo masculino e 66 (93%) eram naturais de Portugal. Quanto ao estado civil 45 (63.40%) eram não casados (separados/divorciados, solteiros e viúvos). Relativamente à escolaridade, 24 utentes (33.80%), tinha o 2º Ciclo do Ensino

Básico. Os utentes têm entre zero a quatro filhos, com uma média de 1.28 ($DP = 0.97$). Apenas quatro (5.60%) utentes têm HIV (ver Tabela 1).

Tabela 1- Dados sociodemográficos e de HIV

		N (%)
Sexo	Feminino	8 (11.30%)
	Masculino	63 (88.70%)
	Total	71 (100%)
Naturalidade	Portuguesa	66 (93%)
	Moçambicana	2 (2.80%)
	Angolana	2 (2.80%)
	Guineense	1 (1.40%)
	Total	71 (100%)
Estado civil	Casado/junto	26 (36.60%)
	Separado/divorciado	23 (32.40%)
	Solteiro	21 (29.60%)
	Viúvo	1 (1.40%)
	Total	71 (100%)
Habilitações literárias	1º Ciclo do Ensino Básico	17 (23.90%)
	2º Ciclo do Ensino Básico	24 (33.80%)
	3º Ciclo do Ensino Básico	21 (29.60%)
	Ensino Secundário	7 (9.90%)
	Ensino Superior	2 (2.80%)
	Total	71 (100%)
Nº de filhos	0	16 (22.50%)
	1-2	47 (66.20%)
	3-4	8 (11.30%)
	Total	71 (100%)
HIV	Sim	4 (5.60%)
	Não	67 (94.40%)
	Total	71 (100%)

Quanto à situação profissional, 36 (50.70%) estavam desocupados laboralmente ou reformados e 25 (35.20%) tinham trabalho estável/regular. Já no que se refere à fonte de rendimento 36 utentes (50.70%) viviam do rendimento do trabalho, podendo alguns no momento do estudo estarem desempregados, mas ainda viverem com o rendimento do trabalho anterior, e 19 utentes (26.80%) viviam do Rendimento Social de Inserção (RSI) ou de outros subsídios temporários (ver Tabela 2). O número de pessoas que coabita com os utentes variou entre zero e cinco, sendo que em média viviam com 1.24 pessoas ($DP = 1.28$). 59 (83.10%) viviam em familiar clássico (ver Anexo B).

Tabela 2 - Situação profissional e fontes de rendimento

		N (%)
Situação profissional	Desocupado laboralmente	27 (38%)
	Estudante/formação profissional	1 (1.40%)
	Reformado/pensão social por idade	1 (1.40%)
	Reformado/pensão social por invalidez	8 (11.30%)
	Trabalho estável/regular	25 (35.20%)
	Trabalho ocasional	9 (12.70%)
	Total	71 (100%)
Fontes de rendimento	A cargo de familiares	7 (9.90%)
	Reforma	9 (12.70%)
	Rendimento do trabalho	36 (50.70%)
	RSI	13 (18.30%)
	Outros subsídios temporários	6 (8.50%)
	Total	71 (100%)

No que se refere aos dados judiciais, nove utentes (12.70%) tiveram ou têm processo na Comissão de Dissuasão da Toxicodependência (CDT) (ver Anexo C). Da amostra total, 43 utentes (60.60%) têm algum tipo de antecedente criminal, 29 (40.80%) foram detidos alguma vez na vida e 23 (32.30%) foram presos pelo menos uma vez. Assim, 20 utentes (28.20%) da amostra total já tiveram uma sentença devido a tráfico/posse de droga e sete (9.90%) devido a furto/roubos (ver Tabela 3).

Tabela 3 - Tipos de sentenças

Sentença	N (%)
Agressões/insultos	5 (7 %)
Tráfico/Posse de droga	20 (28.20 %)
Condução sob efeito de álcool	3 (4.20 %)
Furto/Roubos	7 (9.90 %)
Outros	5 (7 %)
Nenhuma (os que não têm antecedentes)	27 (38 %)
Desconhecida	4 (5.60 %)
Total	71 (100 %)

Caracterização Relativa aos Consumos

Quanto à história familiar de consumos, a maior parte dos pais não consumiu (pai-83.10% e mãe-93%), qualquer substância, "ao longo da vida", bem como o companheiro, referente à última relação afetiva importante (31%) (ver Anexo D). Relativamente aos consumos, os utentes experimentaram ao longo da vida pelo menos uma substância e no máximo oito, com média de 3.69 substâncias diferentes ($DP = 1.66$), sendo que 21 utentes (29.60%) da amostra experimentaram três substâncias e 17 utentes (23.90%) experimentaram quatro substâncias (ver Anexo E). Dessas substâncias a mais comum foi a heroína (93%), seguida da cannabis (81.70%), da cocaína (46.50%) e do crack/base de

coca (39.40%), as restantes foram consumidas por um menor número de utentes (ver Anexo F).

Em 58 casos (81.70%) a droga principal foi a heroína, seguida do álcool com seis utentes (8.50%) (ver Tabela 4). A idade em que os utentes experimentaram a sua droga principal variou entre os 11 e os 60 anos ($M = 25.11$), sendo que em 81.40% da amostra esse primeiro uso ocorreu até aos 30 anos. No caso do álcool essa idade variou entre os 11 e os 20 anos ($M = 16.33$) e no caso da heroína entre os 13 e os 43 anos ($M = 24.35$). Já no que respeita ao início do consumo regular da droga principal este foi entre os 15 e os 60 anos ($M = 29.47$). No caso da droga principal ser, especificamente, a heroína essa idade variou entre os 16 e os 46 anos ($M = 28.27$) e no álcool variou entre os 20 e os 43 anos ($M = 27.67$). Quanto aos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) 24 utentes (33.80%) têm um tiveram um PLA ao longo da vida.

Tabela 4 - Droga principal

Droga principal	N (%)
Heroína	58 (81.70%)
Crack/Base de coca	2 (2.80%)
Álcool	6 (8.50%)
Benzodiazepinas	1 (1.40%)
Buprenorfina	1 (1.40%)
Cannabis	2 (2.80%)
Metadona	1 (1.40%)
Total	71 (100%)

Os consumos endovenosos (CEV), realizados por 33 utentes (46.50%), foram iniciados entre os 13 e os 44 anos, com uma média de 28.84 ($DP = 8.24$) (ver Anexo G). Dos 33 que realizaram CEV, quatro (12.12%) partilharam agulhas em algum momento da sua vida, 25 nunca o fizeram (75.75%) e em quatro casos (12.12%) não foi possível recolher essa informação. Já a partilha de material ao longo da vida, não dependente da ocorrência de CEV, foi realizada por 14 utentes (19.70%). Todos os utentes que fizeram CEV ao longo da vida, deixaram de o fazer há mais de um ano.

No que se refere aos consumos atuais, 57 utentes (80.30%) estão abstinentes de cannabis; 65 (91.50%) de heroína e 57 (80.30%) de cocaína. Por fim, 13 utentes (18.30%) têm atualmente um PLA (ver Tabela 5).

Tabela 5 - Consumos (últimos 12 meses)

	N (%)		
	Cannabis	Heroína	Cocaína
Abstinentes	57 (80.30%)	65 (91.50%)	57 (80.30%)
Ocasional	1 (1.40%)	2 (2.80%)	5 (7%)
Regular	10 (14.10%)	4 (5.60%)	6 (8.50%)
Diário	3 (4.20%)	0 (0%)	3 (4.20%)
Total	71 (100%)	71 (100%)	71 (100%)
PLA			
Sim	13 (18.30%)		
Não	58 (81.70%)		
Total	71 (100%)		

Diferenças entre Grupos de Tratamento

Relativamente às diferenças sociodemográficas e relativas aos consumos entre os dois tipos de tratamento (PMM vs. PMB), foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere às fontes de rendimento em que $\chi^2 (1, N = 42) = 6.45$, $p < .05$, sendo que o rendimento do trabalho/reforma foi mais comum no PMB, enquanto que o rendimento de subsídios temporários/apoio de familiares no PMM (ver Tabela 6).

Tabela 6 - Diferenças sociodemográficas entre os dois grupos

	PMM		PMB		PMM x PMB
	M	DP	M	DP	^a U/χ^2
Idade	52.64	2.19	54.25	4.04	155
Número de drogas consumidas	3.45	1.34	3.60	1.39	209
Consumo de cocaína (ao longo da vida)	-	-	-	-	.31
Consumo de cannabis (ao longo da vida)	-	-	-	-	2.97
Consumo de crack/base de coca (ao longo da vida)	-	-	-	-	0
PLA (ao longo da vida)	-	-	-	-	.24
PLA (últimos 12 meses)	-	-	-	-	.01
Consumo de heroína (últimos 12 meses)	-	-	-	-	2.27
Consumo de cocaína (últimos 12 meses)	-	-	-	-	3.14
Consumo de cannabis (últimos 12 meses)	-	-	-	-	1.91
Fontes de rendimento	-	-	-	-	6.45*

^aMann-Whitney (U) e Chi-square (χ^2)

* $p < .05$

Já no que se refere às diferenças clínicas, os resultados sugerem que os dois grupos diferiram significativamente no MOCA, em que o PMB obteve melhor pontuação ($M = 23.40$, $DP = 2.66$) que o PMM ($M = 19.95$, $DP = 4.85$), $U = 122$, $Z = -2.48$, $p < .05$; nos domínios 2 (psicológico), em que o PMB obteve melhores resultados ($M = 73.54$, $DP = 17.01$) do que o PMM ($M = 61.55$, $DP = 21.28$), $U = 130$, $Z = -2.27$, $p < .05$, e 4 (ambiente), em que o PMB esteve igualmente superior ($M = 68.28$, $DP = 13.54$) que o PMM ($M = 56.82$, $DP = 15.57$), $U = 113$, $Z = -2.70$, $p < .01$, do WHOQOL-Bref e na percentagem de IE do IAFAI, no qual o PMM apresentou uma maior percentagem de

incapacidade a esse nível ($M = 2.55$, $DP = 2.07$) comparativamente ao PMB ($M = 1.50$, $DP = 2.03$), $U = 131$, $Z = -2.28$, $p < .05$ (ver Tabela 7).

Tabela 7 - Diferenças clínicas entre os dois grupos

Instrumento	Subescalas	PMM		PMB		PMM x PMB
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	^a U/χ^2
Moca	Total	19.95	4.85	23.40	2.66	122*
	Total	9.05	15.58	6.64	6.45	218.50
IAFAI	ABVD	2.46	7.34	2.14	2.89	189
	AIVD-F	2.56	4.93	1.87	2.25	216
	AIVD-A	4.13	5.28	2.64	2.68	188
	IF	3.10	10.80	2.17	3.31	190.50
	IC	3.50	7.91	2.55	3.72	217.50
	IE	2.55	2.07	1.50	2.03	131.50*
	IE (percentis)	-	-	-	-	1.43
GDS	Total	12.55	6.05	8.80	7.29	147
	Domínio 1	70.62	23.94	79.11	17.35	183
WHOQOL-Bref	Domínio 2	61.55	21.28	73.54	17.01	130*
	Domínio 3	56.06	32.65	73.33	16.80	149
	Domínio 4	56.82	15.56	68.28	13.58	113**
	Domínio Geral	51.14	22.13	59.38	18.08	168
BSI	Somatização	0.66	0.75	0.39	0.50	165.50
	Obsessões-Compulsões	0.84	0.84	0.6	0.63	175.50
	Sensibilidade Interpessoal	0.73	0.61	0.49	0.66	162.50
	Depressão	0.99	0.77	0.65	0.82	148
	Ansiedade	0.62	0.60	0.57	0.75	192.50
	Hostilidade	0.59	0.69	0.57	0.58	206
	Ansiedade fóbica	0.26	0.42	0.23	0.40	214.50
	Ideação paranoide	1.17	0.65	1.27	0.91	217
	Psicoticismo	0.76	0.64	0.52	0.82	150.50
	IGS	0.68	0.49	0.54	0.53	161.50
	TSP	20.36	10.50	15.10	11.61	151
	ISP	1.67	0.40	1.78	0.63	209.50

^aMann-Whitney (U) e Chi-square (χ^2)

* $p < .05$ ** $p < .01$

Diferenças Clínicas entre a Amostra e a População Normal

Quanto às diferenças da avaliação psicológica entre a amostra e a população normal, relativamente ao MOCA, observou-se que apenas o grupo em PMM diferiu significativamente da população normal, apresentando resultados cognitivos mais baixos ($M = 19.95$, $DP = 4.85$) que a população normal ($M = 24.46$, $DP = 3.43$), $t(21) = -4.36$, $p < .001$. No WHOQOL-Bref também se observaram diferenças significativas apenas entre o PMM e a população normal. Dessa forma, no *domínio 2* ($M = 61.55$, $DP = 21.28$) e no *domínio 4* ($M = 56.82$, $DP = 15.57$), o PMM apresentou menor qualidade de vida que a população normal, no *domínio 2* ($M = 72.38$, $DP = 13.50$), $t(21) = -2.39$, $p < .05$ e no *domínio 4* ($M = 64.89$, $DP = 12.24$), $t(21) = 2.43$, $p < .05$ (ver Tabela 8). No caso do

IAFAI os dados demonstraram que em ambos os tipos de tratamento os participantes se dividiram apenas pelos percentis 5 e 95. No caso do PMM 16 utentes (72.70%) encontravam-se no percentil 5, sendo que no caso do PMB encontraram-se 11 utentes (55%) nesse mesmo percentil (ver Tabela 10).

Tabela 8 - Comparação entre cada grupo e a população normal

Instrumento	Subescalas	População Portuguesa		Metadona		Met.xPop.	Buprenorfina		Bup.xPop.
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	^a <i>t</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	^a <i>t</i>
MOCA	Total	24.46	3.43	19.95	4.85	-4.36**	23.53	2.67	-1.52
	D2	72.38	13.50	61.55	21.28	-2.39*	73.54	17.01	.31
WHOQOL-Bref	D4	64.89	12.24	56.82	15.57	-2.43*	68.28	13.54	1.12

^aT-Test (*t*)

p* < .05 *p* < .001

No que se refere à comparação entre a amostra global e a população normal, no BSI obtiveram-se diferenças significativas nas seguintes subescalas: *obsessões-compulsão*, em que a amostra em estudo obteve resultados inferiores ($M = 0.73$, $DP = 0.75$) aos da população normal ($M = 1.29$, $DP = 0.88$), $t(41) = -4.89$, $p < .001$; *sensibilidade interpessoal*, em que a amostra em estudo obteve resultados inferiores ($M = 0.61$, $DP = 0.64$) aos da população normal ($M = 0.96$, $DP = 0.73$), $t(41) = -3.51$, $p < .01$; *ansiedade*, em que a amostra em estudo obteve resultados inferiores ($M = 0.60$, $DP = 0.67$) aos da população normal ($M = 0.94$, $DP = 0.77$), $t(41) = -3.37$, $p < .01$; *hostilidade*, em que a amostra em estudo obteve resultados inferiores ($M = 0.58$, $DP = 0.63$) aos da população normal ($M = 0.89$, $DP = 0.78$), $t(41) = -3.20$, $p < .01$; *ansiedade fóbica*, em que a amostra em estudo obteve resultados inferiores ($M = 0.25$, $DP = 0.40$) aos da população normal ($M = 0.42$, $DP = 0.66$), $t(41) = -2.73$, $p < .01$; *IGS*, em que a amostra em estudo obteve resultados inferiores ($M = 0.61$, $DP = 0.51$) aos da população normal ($M = 0.84$, $DP = 0.48$), $t(41) = -2.84$, $p < .01$ e *TSP*, em que a amostra em estudo obteve resultados inferiores ($M = 17.86$, $DP = 11.23$) aos da população normal ($M = 26.99$, $DP = 11.72$), $t(41) = -5.27$, $p < .001$. Já no que se refere ao WHOQOL-Bref, o *domínio geral* apresentou uma média de qualidade de vida mais baixa ($M = 55.06$, $DP = 20.49$) do que a população normal ($M = 71.51$, $DP = 13.30$), $t(41) = -5.20$, $p < .001$ (ver Tabela 9).

Tabela 9 - Comparação entre a amostra global e a população normal

Instrumento	Subescalas	Amostra com CAD		População Portuguesa		Amost.CAD x Pop.
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
BSI	Somatização	0.53	0.65	0.58	0.92	-.51
	Obsessões-Compulsões	0.73	0.75	1.29	0.88	-4.89**
	Sensibilidade Interpessoal	0.61	0.64	0.96	0.73	-3.51*
	Depressão	0.83	0.80	0.89	0.72	-.52
	Ansiedade	0.60	0.67	0.94	0.77	-3.37*
	Hostilidade	0.58	0.63	0.89	0.78	-3.20*
	Ansiedade fóbica	0.25	0.40	0.42	0.66	-2.73*
	Ideação paranoide	1.22	0.77	1.06	0.79	1.31
	Psicoticismo	0.64	0.73	0.67	0.61	-.22
	IGS	0.61	0.51	0.84	0.48	-2.84*
	TSP	17.86	11.23	26.99	11.72	-5.27**
	ISP	1.72	0.52	1.56	0.39	2
WHOQOL-Bref	D1	74.66	21.25	77.49	12.27	-.86
	D3	64.29	27.44	70.42	14.54	-1.45
	Domínio Geral	55.06	20.49	71.51	13.30	-5.20**
GDS	Total	10.76	6.85	9.60	-	1.10

^aT-Test (*t*)**p* < .01 ***p* < .001

Relativamente ao IAFAI, na subescala *total*, que engloba as *ABVD*; as *AIVD-F* e as *AIVD-A*, 21 utentes (50%) situaram-se no percentil 25, sendo que 35 (83.30%) se encontravam entre o percentil 5 e 25. No que respeita às subescalas *ABVD* e *AIVD-F*, a população distribuiu-se pelo percentil 95 (57.10% e 47.60%, respetivamente) e entre o percentil 5 e 10 (42.90% e 47.60%, respetivamente). Já na *AIVD-A* 31 utentes (73.80%) encontravam-se entre o percentil 5 e 10. Relativamente ao tipo de incapacidade, as subescalas de *IF* e de *IC* dividiram-se entre o percentil 95 (61.90% e 47.60%, respetivamente) e os percentis 5, 10 e 25 (38.10% e 50%). Por fim, na *IE* (sem distinção de grupos de tratamento), os resultados dividiram-se entre o percentil 5 e 95. Sendo que no primeiro encontravam-se 27 utentes (64.30%) e no segundo 15 (35.70%) (ver Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra em estudo pelos percentis da população normal

Percentil	Subescala							
	<i>Total</i>	<i>ABVD</i>	<i>AIVD-F</i>	<i>AIVD-A</i>	<i>IF</i>	<i>IC</i>	<i>IE (PMM)</i>	<i>IE (PMB)</i>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
5	6 (14.30%)	3 (7.10%)	4 (9.50%)	14 (33.30%)	2 (4.80%)	3 (7.10%)	16 (72.70%)	11 (55%)
10	8 (19%)	15 (35.70%)	16 (38.10%)	17 (40.50%)	6 (14.30%)	8 (19%)	0 (0%)	0 (0%)
25	21 (50%)	0 (0%)	1 (2.40%)	0 (0%)	8 (19%)	10 (23.80%)	0 (0%)	0 (0%)
50	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.40%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.40%)	0 (0%)	0 (0%)
75	1 (2.40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
95	6 (14.30%)	24 (57.10%)	20 (47.60%)	11 (26.20%)	26 (61.90%)	20 (47.60%)	6 (27.30%)	9 (45%)
Total	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)

Discussão

O presente trabalho teve como objetivo caracterizar os utentes ativos do CRIA e, posteriormente, comparar dois programas de tratamento (PMM vs. PMB) sob o ponto de vista sociodemográfico, relativo aos consumos e clínico.

Relativamente à caracterização dos utentes pode-se verificar que 40.30% iniciaram tratamento por iniciativa própria, já a referenciação por outras instituições de saúde ou pelos cuidados de saúde primários representaram apenas 9.80% das referenciações. Este resultado é concordante com os resultados de Mcinnes e Powell (1994), que referem que grande parte dos consumidores de substâncias idosas não são detetados e um número ainda menor é referenciado para serviços apropriados. A maior parte dos utentes realizou o seu primeiro tratamento até ao ano 2004, o que poderá significar que os consumidores em programa de tratamento podem representar consumidores que sobreviveram ao seu problema e envelheceram (Simoni-Wastila & Yang, 2006). Encontrou-se elevada prevalência do sexo masculino (88.70%), à semelhança de outros estudos de caracterização desta população (Pillon *et al.*, 2010; Roibás *et al.*, 2010), e de não casados (63.40%), resultado muito próximo da amostra de Roibás *et al.* (2010). A maior parte da amostra teve formação apenas até, no máximo, ao 3º ciclo (87.30%) e com baixa frequência de ensino superior (2.80%), também de acordo com Pillon *et al.* (2010) e Roibás *et al.* (2010). Desta forma, estes utentes são maioritariamente homens, não casados e com baixa educação. Estes dados, apesar de retirados de uma amostra ligada a serviços de tratamento, vão de

encontro a dados representativos dos Estados Unidos (Han *et al.*, 2009). A desocupação laboral, encontrada também noutros estudos (Pillon *et al.*, 2010; Roibás *et al.*, 2010) caracteriza 50.70% desta amostra. Contrariamente a outros resultados (Roibás *et al.*, 2010; EMCDA, 2010) na presente amostra apenas 33.80% viviam sozinhos, sendo que a maioria (83.10%) vivia em familiar clássico. Relativamente à parte judicial, nesta faixa etária não parece ser comum o envolvimento da CDT, já que apenas uma minoria tem ou teve, alguma vez na vida, algum processo na mesma (12.70%). Uma grande parte da amostra tem algum tipo de antecedente criminal (60.60%), sendo que relativamente à amostra total 32.30% dos utentes já foram presos e 28.20% tiveram uma sentença relacionada com tráfico/posse de droga. Na maior parte dos casos não se verificou existência de história de consumos de substâncias por parte dos pais ou da última relação afetiva. Assim como verificado por Roibás *et al.* (2010), há uma frequente associação de policonsumos, sendo que apenas 8.50% da amostra consumiu apenas uma substância e 53.50% consumiu entre três a quatro substâncias ao longo da vida. Neste estudo, a droga principal foi visivelmente a heroína (87.70%) e, apesar de 33.80% da amostra ter tido um PLA ao longo da vida, apenas 8.50% apresenta o álcool como droga principal. O álcool tem sido a substância psicoativa mais comum em locais de tratamento (Diniz, Monteiro, Pereira, & Gonçalves, 2014), no entanto, o local de tratamento em análise não tem dado resposta aos novos casos em que existe apenas PLA, por incapacidade de recursos médicos atuais, sendo os utentes exclusivamente com PLA encaminhados para outras respostas especializadas da zona centro, concretamente a Unidade de Alcoologia em Coimbra. Por esse motivo, os dados relativos à droga principal devem ser analisados com alguma precaução. É de realçar que 81.40% da amostra consumiu pela primeira vez a sua droga principal até aos 30 anos. Outro estudo também apresenta uma percentagem elevada (89.90%) de início dos consumos antes dessa idade (Han *et al.*, 2009), apontando para um início precoce dos consumos nesta população. O álcool, como droga principal, foi experimentado mais cedo que a heroína, no entanto, o início do seu consumo regular ocorreu em idades mais próximas. Quase metade da amostra (46.50%) fez CEV, de facto os baby boomers têm a maior prevalência de injeção de drogas de sempre (Armstrong, 2007), no entanto, apenas uma minoria (12.12%) partilhou agulhas ao longo da vida. É importante realçar que todos os utentes que realizaram CEV não o fazem há mais de um ano. Este facto vai de encontro aos resultados obtidos por Horyniak *et al.* (2013) que constataam que o aumento de idade se

associa a menores níveis de comportamentos de injeção de alto risco. Por fim, no que se refere aos consumos atuais, a maior parte dos utentes estavam abstinentes, no último ano, de heroína (91.50%), cocaína (80.30%) e cannabis (80.30%); sendo que dos restantes apenas 4.20% consumiam cannabis diariamente e o mesmo acontece para a cocaína. De igual forma, a percentagem de casos de PLA no último ano foi de 18.30%. Deve-se ter em consideração que estes dados foram confirmados junto do terapeuta de referência de cada utente e suportados pelos testes de pesquisa de metabolitos realizados regularmente, não se reportando apenas ao autorrelato. Estes dados vão de encontro aos do EMCDA (2010) que indicam que os idosos respondem melhor ao tratamento e possivelmente de Loftwall *et al.* (2005), em que os idosos apresentavam percentagens de testes de urina positivos mais baixas que os mais jovens. Importa ainda salientar que neste estudo esta faixa etária representa 14.01% dos utentes ativos, percentagem esta mais elevada do que a encontrada em 2010 em São Paulo (Pillon *et al.*, 2010) e em Madrid (Roibás *et al.*, 2010), conforme referido anteriormente, demonstrando também a extensão deste problema na Europa.

O PMB, sendo um programa exclusivamente de alto limiar de exigência, com a obrigatoriedade de manutenção da abstinência, é um programa no qual os utentes se apresentam mais estabilizados, especialmente do ponto de vista dos consumos, sendo desta forma mais capazes de gerir a sua medicação de forma autónoma. No entanto, neste caso, não se verificaram diferenças entre os dois grupos relativamente aos consumos atuais para qualquer tipo de substância. Nas fontes de rendimento verificou-se que o PMB apresenta fontes de rendimento mais estáveis (do trabalho ou da reforma) comparativamente ao PMM (que depende mais de subsídios temporários e do apoio de familiares). Neste sentido, é importante referir que outra característica que difere entre os dois programas é a acessibilidade financeira para os mesmos, visto que o PMM é um programa totalmente gratuito e o PMB é um programa em que a medicação é paga pelo utente, familiares ou instituições locais que prestam esse tipo de apoio. Desta forma, e suportado pelas diferenças encontradas nas fontes de rendimento, poderão existir utentes em PMM com uma situação clínica favorável à transição para PMB, mas que, devido às suas condições financeiras, não tenham possibilidade para o fazer.

Ainda assim, verificaram-se algumas diferenças significativas, relativas à avaliação psicológica, entre os dois grupos, sendo de realçar que essas diferenças não se devem a diferenças (sociodemográficas e relativas aos consumos) entre os grupos, visto que estes

não diferiram de forma estatisticamente significativa no que se refere às idades, nem ao número de drogas consumidas ao longo da vida. O mesmo se pôde constatar para o consumo de heroína (em que todos os participantes de ambos os grupos consumiram, sendo que o teste estatístico não pôde ser realizado devido à falta de N a responder ‘‘não’’); cocaína; cannabis e de crack/base de coca ao longo da vida; para existência de PLA ao longo da vida e no último ano e quanto ao consumo de drogas ilícitas no último ano (heroína, cocaína e cannabis). Assim, o grupo em PMM apresentou maior declínio cognitivo face ao grupo em PMB. Kalapatapu *et al.* (2011) também comparou o funcionamento cognitivo em adultos idosos consumidores, nesse caso de cocaína, encontrando um pior funcionamento nos grupos de consumidores comparativamente ao grupo de controlo e no grupo de consumidores mais velhos relativamente aos mais novos. O PMB revelou melhor qualidade de vida que o PMM no domínio psicológico (e.g. sentimentos positivos e negativos; autoestima; aprendizagem e espiritualidade), e no domínio ambiente (e.g. segurança física; recursos económicos; oportunidades de lazer; ambiente físico e cuidados de saúde e sociais). Relativamente à IE, verificou-se que a diferença entre os dois grupos foi significativa ao compararmos as médias mas não ao compararmos os percentis. Essa diferença poderá estar relacionada com o facto de em ambos os tipos de tratamento os resultados ao nível dos percentis estarem apenas no percentil 5 ou 95 e, na presente amostra, o percentil 5 equivaler a valores muito distintos, sendo que alguns deles são muito superiores ao valor dos dados normativos para esse mesmo percentil. Assim, resultados muito diferentes pertencem ao mesmo percentil, não deixando transparecer as diferenças da percentagem de IE entre os dois grupos, no que se refere aos percentis. No entanto, no que se refere à comparação entre médias, o grupo em PMM revelou ter maior IE que o grupo em PMB, revelando assim maior dependência devido a esse tipo de incapacidade. Desta forma, em todas as diferenças encontradas entre os dois tipos de tratamento o PMB demonstrou estar melhor que o PMM. Apontando no mesmo sentido, o PMM foi o único a diferir significativamente da população normal, o que aconteceu para o declínio cognitivo, domínio psicológico e domínio ambiental. Desta forma, o PMM, para além de diferir significativamente (nestes aspetos) do PMB, diferiu significativamente da população normal, encontrando-se com resultados clínicos mais negativos do que a mesma. No que respeita à IE, apesar dos resultados não poderem ser comparados nem interpretados da mesma forma, pode-se dizer que 72.70% dos casos do

PMM se encontram no percentil 5 comparativamente a 55% dos casos do PMB. Outro estudo, ainda que realizado em idades mais jovens, não encontrou diferenças significativas entre os dois tipos de tratamento de substituição na qualidade de vida e bem-estar psicológico (Viana, 2011), sendo que em ambos os casos os dois tipos de tratamento beneficiam do mesmo apoio multidisciplinar (explicitado seguidamente), o que poderá influenciar a homogeneidade de ambos os grupos.

Os participantes revelaram ter menos qualidade de vida que a população normal visto terem obtido percentagens significativamente mais baixas no *domínio geral* do WHOQOL-Bref. Mesmo no que se refere ao domínio físico e ao domínio das relações sociais, do mesmo instrumento, os participantes apresentaram resultados inferiores à população normal, no entanto essa diferença não foi significativa. Já outro estudo realizado em idosos em PMM encontrou resultados significativamente inferiores, no que se refere à qualidade de vida, quando comparados com os dados normativos (Loftwall *et al.*, 2005). Pelo contrário, em alguns aspetos de sintomatologia geral, foram encontradas diferenças significativas entre a amostra em estudo e os dados normativos, no entanto, a população em estudo obteve melhores resultados que a população normal. Estes resultados foram encontrados para as obsessões-compulsões (cognições, impulsos e comportamentos percecionados como persistentes); sensibilidade interpessoal (sentimentos de inadequação e inferioridade particularmente na comparação com os outros); ansiedade (nervosismo e tensão); hostilidade (comportamentos, pensamentos e emoções característicos de cólera); ansiedade fóbica (resposta de medo persistente irracional e desproporcionado em relação ao estímulo que leva ao seu evitamento); *IGS* e *TSP*. O facto de existirem diferenças no *TSP* e não no *ISP* poderá indicar que a amostra teve menos quantidade de queixas que a população normal mas nos sintomas onde apresentou alguma sintomatologia obteve maior severidade, não se distanciando significativamente da população normal, ainda que estivesse próximo do limiar de significância. Desta forma, os participantes têm uma menor expressão de sintomatologia geral que a população normal. De facto, outro estudo realizado com doentes em PMM, que comparou utentes mais velhos com utentes mais novos, encontrou menos impulsividade, hostilidade, paranoia e sensibilidade interpessoal nas idades mais avançadas (Rajaratnam, Sivesind, Todman, Roane, & Seewald, 2009). Este resultado pode, em parte, ser compreendido pelo facto destes utentes estarem inseridos em programas de tratamento que, para além da medicação prescrita para a sua

dependência física, incluem obrigatoriamente a frequência de consultas de psicologia. Ou seja, estes utentes têm consulta pelo menos uma vez por mês com o terapeuta de referência (que por norma é o psicólogo do CRIA) e periodicamente ou sempre que necessário com o médico, o enfermeiro e/ou o técnico de serviço social. Assim, estes utentes são acompanhados de uma forma multidisciplinar, regular e frequente, o que facilita a deteção precoce de sintomatologia psicopatológica e/ou clínica, proporcionando uma intervenção e/ou tratamento rápidos e acessíveis para o doente; podendo este facto contribuir para os resultados referentes à sintomatologia geral. Nos estudos psicométricos do WHOQOL-Bref o BSI correlacionou-se com o *domínio 2* do instrumento, sendo que quanto menor a sintomatologia no BSI maior a qualidade de vida no *domínio 2* (Serra *et al.*, 2006), no presente estudo encontraram-se diferenças significativas entre os resultados do *domínio 2* do WHOQOL-Bref e a população normal (tendo a população do estudo obtido piores resultados, i.e. percentagem de qualidade de vida inferior) e entre o *IGS* e o *TSP* do BSI e a população normal (tendo a população do estudo obtido resultados mais baixos, i.e. menor expressão de sintomatologia geral). Pelo que, seria de esperar que estes resultados não fossem tão contraditórios.

No que se refere à GDS importa referir que apesar dos dados não diferirem significativamente da população normal, a amostra referente aos dados normativos tinha no mínimo 65 anos. Desta forma, os participantes do presente estudo não diferiram em sintomatologia depressiva de uma população com mais idade, tendo em consideração que na presente amostra existia apenas um utente com mais de 65 anos. Assim, os utentes com CAD com 50 anos ou mais não diferiram de utentes, sem essa patologia, com 65 anos ou mais, o que poderá ir de encontro com a literatura que refere que os adultos idosos com história de consumo de substâncias têm um funcionamento parecido com pessoas de 60 anos, não consumidoras (e.g. Lofwall *et al.*, 2008).

Por fim, no que se refere à capacidade funcional, nas tarefas básicas e rotineiras de auto cuidado (*ABVD*) e na manutenção/organização do contexto familiar (*AIVD-F*) a distribuição encontrou-se dividida entre os extremos dos percentis (ou se situavam no percentil 95 ou entre o percentil 5 e 10), distribuídos de forma mais ou menos equitativa, não revelando assim uma tendência mais forte de dependência ou de independência nesses aspetos. No entanto, nas aptidões cognitivas de ordem superior, que requerem níveis elevados de funcionamento neurocognitivo (*AIVD-A*), os resultados foram mais evidentes,

denotando-se, neste tipo de atividade mais avançada, que é onde recaem as maiores dificuldades desta amostra. Quanto ao tipo de incapacidade, a IF e IC também se dividem de forma mais ou menos equitativa (entre o percentil 95 e 5, 10 e 25), sendo que a IE se revelou mais evidente com 64.30% de utentes no percentil 5, demonstrando assim que a IE é o tipo de incapacidade mais evidente nesta população.

Ainda que tenham existido algumas diferenças entre os grupos; entre a amostra e a população normal e, especialmente, entre o PMM e a população normal, a amostra, tendo em conta a sua faixa etária e a sua história de dependência, não parece ter piores resultados clínicos e, em alguns casos, até se encontra melhor que a população normal. Sendo, por isso, de realçar, mais uma vez, a importância do tratamento multidisciplinar de que ambos os tipos de tratamento beneficiam. Ainda assim, ressalva-se que o PMB tem condições de vida mais estáveis face ao PMM, destacando-se o fator económico como uma diferença importante entre os grupos e que poderá afetar quer alguns dos resultados encontrados no PMM, quer interferir na ‘‘decisão’’ dos utentes relativamente ao programa em que se inserem. Já o EMCDA (2010) concluiu que, apesar de todas as necessidades desta faixa etária, estes utilizadores de drogas, devido à sua idade e longa história de tentativas de resolução da sua dependência, podem melhorar a forma como lidam com o seu problema, sendo que, neste estudo a maior parte dos utentes realizaram o seu primeiro tratamento há pelo menos 10 anos, fazendo com que o início tardio de tratamento seja algo incomum. Desta forma, os programas de manutenção opióide, ao promoverem o envolvimento dos utentes com os serviços de saúde, acompanhando-os a vários níveis (psicológico, físico e social), poderão ter contribuído para a melhoria da sintomatologia destes utentes.

Deve-se ter atenção na interpretação e generalização dos presentes resultados visto que os mesmos se referem a dados de um serviço específico para este tipo de perturbações, pelo que não representam consumidores não relacionados com este tipo de serviços. Assim, estes resultados não se aplicam a consumidores que não estejam ligados a serviços de tratamento.

O presente estudo teve algumas limitações que devem ser tidas em consideração quer para análise do mesmo quer para a formulação de estudos futuros. Embora a amostra referente à avaliação psicológica corresponda a grande parte dos utentes ilegíveis para o estudo, inseridos em programa de tratamento, o seu N, dividido pelos vários níveis de resposta, não permitiu, em alguns casos, realizar alguns testes estatísticos ou, para tal,

tiveram de ser realizados agrupamentos de vários níveis de resposta. Outra limitação relacionada com os procedimentos estatísticos foi a impossibilidade de comparar as médias da presente população com as médias da população normal no caso do IAFAI, devido ao facto dos dados normativos do instrumento serem fornecidos em percentis, não deixando tão evidentes as comparações realizadas. Ao nível das limitações metodológicas destaca-se o facto de não terem sido avaliadas eventuais medicações que os utentes possam estar a tomar (especialmente ao nível de sintomatologia psicológica) e não se aceder à fase do programa de tratamento em que estavam os utentes (e.g. redução ou término do programa).

Quanto à investigação futura, antes de mais é necessário um maior investimento da mesma nesta área, visto esta população estar pouco estudada e ser uma problemática existente, que se espera que continue a aumentar e que se sabe que se encontra ainda pouco diagnosticada. Assim, são necessários mais estudos acerca da prevalência do fenómeno e de caracterização desta população, de modo a ser possível conhecer melhor estes idosos e quais as suas necessidades presentes e futuras. Apesar dos utentes mais velhos não parecerem ter piores resultados no tratamento, ou terem até resultados ainda melhores (Moy, Crome, Crome, & Fisher, 2011), a avaliação e tratamento destes pacientes deve ser uma das prioridades deste grupo (Hulse, 2002). Assim sendo, são necessários instrumentos de avaliação específicos para esta população, visto existirem evidências de que os instrumentos e métodos de diagnóstico atuais não são os mais adequados. Para além disso, são ainda necessários programas de tratamento específicos que se adequem às necessidades destes utentes, especialmente nas idades mais avançadas em que já não tenham ocupação profissional. Estudos futuros deverão tentar aceder a amostras maiores, por exemplo em regiões onde a prevalência deste fenómeno seja ainda maior. Poderá ainda ser interessante comparar grupos de alcoolismo com grupos de drogas ilícitas, num local de tratamento que dê maior resposta também aos casos de PLA, de modo a perceber quais as diferenças entre os consumidores de drogas ilícitas desta faixa etária e os de álcool, droga esta mais estudada nesta população. Por fim, seriam úteis estudos longitudinais, que acedam e comparem o mesmo utente em fases diferentes do tratamento, dos consumos e da sua faixa etária.

O aumento demográfico aliado ao aumento de adultos idosos e idosos com perturbações relacionadas com substâncias tem implicações a nível financeiro. Os tratamentos desta população são elevados e este aumento traz novos desafios a todos os

que estão relacionados com o tratamento dos CAD. Lidar com este tipo de utentes implica conhecimento acerca dos mesmos, no entanto, a inação pode levar a custos possivelmente ainda maiores, tendo em conta as suas consequências (Gossop & Moos, 2008).

Conforme a literatura refere, e consoante os presentes resultados apontam, possivelmente os adultos idosos e idosos ligados a programas de tratamento já deverão ter adquirido recursos pessoais e sociais, desta forma, a grande preocupação deverá ser a nível ocupacional e financeiro e naqueles que não são diagnosticados e/ou não estão inseridos em programas de tratamento.

Assim, detetar os adultos idosos e idosos com esta problemática, ou com fatores de risco para a mesma, torna-se uma prioridade. O contacto destes utentes com outros serviços de saúde poderá ser uma forma de diagnosticar este tipo de perturbações e encaminhar para os serviços adequados (Gossop & Moos, 2008). Mas para tal é necessário dar a conhecer esta temática, reforçando a sua importância, especialmente aos cuidadores de saúde primários, para que estes estejam aptos a avaliar a existência de CAD. Deve ter-se presente que as pessoas idosas necessitam de ter acesso apropriado e efetivo a serviços de saúde, devem ser tratadas com dignidade e sensibilidade (Gossop & Moos, 2008) e que os profissionais de saúde não podem permitir que este grupo seja marginalizado (Crome *et al.*, 2009).

Referências

- Armstrong, G. L. (2007). Injection Drug Users in the United States, 1979-2002. *Archives of Internal Medicine*, 167, 166-173.
- Bevan, G. (2009). Problem drug use the public health imperative: what some of the literature says. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4, 21. doi: 10.1186/1747-597X-4-21
- Beynon, C. M. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs! *Age and ageing*, 38, 8-10. doi: 10.1093/ageing/afn251
- Beynon, C. M., Roe, B., Duffy, P., & Pickering, L. (2009). Self reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatrics*, 9, 45. doi: 10.1186/1471-2318-9-45

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Christo, P. P. (2010). Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 242-247.
- Colliver, J. D., Compton, W. M., Gfroerer, J. C., & Condon, T. (2006). Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. *Annals of Epidemiology*, 16, 257-265. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.08.003
- Crome, I., Sidhu, H., & Crome, P. (2009). No longer only a young man's disease – illicit drugs and older people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(2), 141-143.
- Diniz, A., Monteiro, S., Pereira, A., & Gonçalves, J. (2014). *Quem são os adultos idosos toxicodependentes? Revisão de estudos sobre caracterização sociodemográfica e clínica*. Manuscrito submetido para publicação.
- Dowling, G. J., Weiss, S., & Condon, T. P. (2008). Drugs of abuse and the aging brain. *Neuropsychopharmacology*, 33, 209-218. doi: 10.1038/sj.npp.1301412
- Dursteler-MacFarland, K. M., Vogel, M., Wiesbeck, G. A., & Petitjean, S. A. (2011). There is no age limit for methadone: a retrospective cohort study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 9. doi: 10.1186/1747-597X-6-9
- European Monitoring Centre for Drug Addiction. (2010). *Treatment and care for older drug users*. 1ª Edição. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- European Union. (2011). *Demography report 2010 – Older, more numerous and diverse Europeans*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, S. (2010). Estudos de Adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população Portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 127-135.

- Gossop, M., & Moos, R. (2008). Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction*, *103*, 347-348. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02096.x
- Han, B., Gfroerer, J. C., Colliver, J. D., & Penne, M. A. (2009). Substance use disorder among older adults in the United States in 2002. *Addiction*, *104*, 88-96. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x
- Han, B., Gfroerer, J., & Colliver, J. (2009). An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States. Office of applied studies, Substance Abuse and Mental Health Service Administration.
- Horyniak, D., Dietze, P., Degenhardt, L., Higgs, P., McIlwraith, F., Alati, R., Bruno, R., Lenton, S., Burns, L. (2013). The relationship between age and risky injecting behaviours among a sample of Australian people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, *132*, 541-546. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.03.021
- Hulse, G. K. (2002). Alcohol, drugs and much more in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Supl I), 34-41.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kalapathu, R. K., Vadhan, N. P., Rubin, E., Bedi, G., Cheng, W. Y., Sullivan, M. A., & Foltin, R. W. (2011). A pilot study of neurocognitive function in older and younger cocaine abusers and controls. *American Journal on Addictions*, *20*(3), 228-239. doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00128.x.
- Levy, J. A., & Anderson, T. (2005). The drug career of the older injector. *Addiction Research and Theory*, *13*(3), 245-258. doi: 10.1080/16066350500053554
- Lofwall, M. R., Brooner, R. K., Bigelow, G. E., Kindbom, K., & Strain, E. C. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *28*, 265-272. doi: 10.1016/j.jsat.2005.01.007
- Lofwall, M. R., Schuster, A., & Strain, E. C. (2008). Changing profile of abused substances by older persons entering treatment. *Journal of nervous and mental disease*, *196*(12), 898-905. doi: 10.1097/NMD.0b013e31818ec7ee
- McInnes, E., & Powell, J. (1994). Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? *BMJ*, *308*, 444-446. doi: bmj.308.6926.444

- Morais, P. O. I. (2010). *Avaliação da Qualidade de Vida e Esperança em toxicodependentes infetados e não infetados com HIV*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Moy, I., Crome, P., Crome, I., & Fisher, M. (2011). Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems. *European Geriatric Medicine*, 2, 212-236. doi: 10.1016/j.eurger.2011.06.004
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence*. London: NICE.
- Patterson, T. L., & Jeste, D. V. (1999). The potential impact of the baby-boom generation on substance abuse among elderly persons. *Mental Health & Aging*, 50(9), 1184-1188.
- Pillon, S. C., Cardoso, L., Pereira, G. A. M., & Mello, E. (2010). Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. *Escola Anna Nery*, 14(4), 742-748.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32, 223-236. doi: 10.1080/073171110802678680
- Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos. (2006). *Normas orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Recuperado em 19 de Maio, 2014, de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101830_EN_3.%20PT04_Normas%20Orientadoras%20PTAO%20Agosto06.doc
- Rajaratnam, R., Sivesind, D., Todman, M., Roane, D., & Seewald, R. (2009). The aging methadone maintenance patient: Treatment adjustment, long-term success, and quality of life [Resumo]. *Journal of Opioid Management*, 5(1), 27–37.
- Rivers, E., Shirazi, E., Aurora, T., Mullen, M., Gunnerson, K., Sheridan, B., Eichhom, L., Tomlanovich, M. (2004). Cocaine use in elder patients presenting to an inner-city emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 11(8), 874-877. doi: 10.1197/j.aem.2004.02.527
- Roibás, A. L., Melendro, A. I. L., & Montes, M. J. G. (2010). Perspectivas de futuro y propuestas de recursos terapêuticos para adictos de edad avanzada. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 170-181.

- Rosen, D., Hunsaker, A., Albert, S. M., Cornelius, J. R., & Reynolds, C. F. (2011). Characteristics and consequences of heroin use among older adults in the United States: A review of the literature, treatment implications, and recommendations for further research. *Addictive Behaviors*, 36, 279-285. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.12.012
- Schlaerth, K. R., Splawn, R. G., Ong, J., & Smith, S. D. (2004). Change in the Pattern of Illegal drug use in an inner city population over 50: an observational study. *Journal of Addictive Diseases*, 23(2). doi: 10.1300/J069v23n02_07
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Shi, Q., Pavey, E. S., & Carter, R. E. (2012). Bonferroni-based correction factor for multiple, correlated endpoints. *Pharmaceutical Statistics*, 11, 300-309. doi: 10.1002/pst.1514
- Simoni-Wastila, L., & Yang, H. K. (2006). Psychoactive Drug Abuse in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4(4), 380-394. doi: 10.1016/j.amjopharm.2006.10.002
- Smith, M. L., & Rosen, D. (2009). Mistrust and self-isolation: barriers to social support for older adult methadone clients. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 653-667. doi: 10.1080/01634370802609049
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Strike, C., Millson, M., Hopkins, S., & Smith, C. (2013). What is low threshold methadone maintenance treatment? *International Journal of Drug Policy*, 24, e51-e56. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.05.005
- Viana, S. A. G. (2011). *Qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de coping no tratamento de substituição com metadona e buprenorfina*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- World Health Organization. (2014). Health statistics and information systems. *Definition of an older or elderly person*. Retirado a 3 de maio de 2014, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/#>.

Anexos

Anexo A - Fonte de referenciação para o CRIA	32
Anexo B - Situação habitacional	32
Anexo C - Existência de processo na CDT	32
Anexo D - História familiar de consumos	32
Anexo E - Quantidade de substâncias consumidas ao longo da vida.....	33
Anexo F - Tipos de substâncias consumidas ao longo da vida	33
Anexo G - Consumo endovenoso	33

Anexo A - Fonte de referência para o CRIA

Referenciação	N (%)
Auto-referenciado/Iniciativa Própria	29 (40.80%)
Família/Amigos	14 (19.70%)
DGRSP	8 (11.30%)
Instituição de Saúde/Outro Profissional	5 (7%)
Instituto de Segurança Social	4 (5.60%)
Unidade Especializada	4 (5.60%)
Desconhecido	4 (5.60%)
Médico de Família/Cuidados de Saúde Primários	2 (2.80%)
Cruz Vermelha Portuguesa	1 (1.40%)
Total	71 (100%)

Anexo B - Situação habitacional

		N (%)
Nº de pessoas que coabitam com o utente	0	24 (33.80%)
	1-2	34 (47.90%)
	3-5	12 (16.90%)
	Desconhecido	1 (1.40%)
	Total	71 (100%)
Tipo de alojamento	Familiar clássico	59 (83.10%)
	Familiar não clássico	6 (8.50%)
	Hotéis, pensões e similares	2 (2.80%)
	Outra situação	2 (2.80%)
	Desconhecido	2 (2.80%)
	Total	71 (100%)

Anexo C - Existência de processo na CDT

Processo na CDT	N (%)
Sim	9 (12.70%)
Não	61 (85.90%)
Desconhecido	1 (1.40%)
Total	71 (100%)

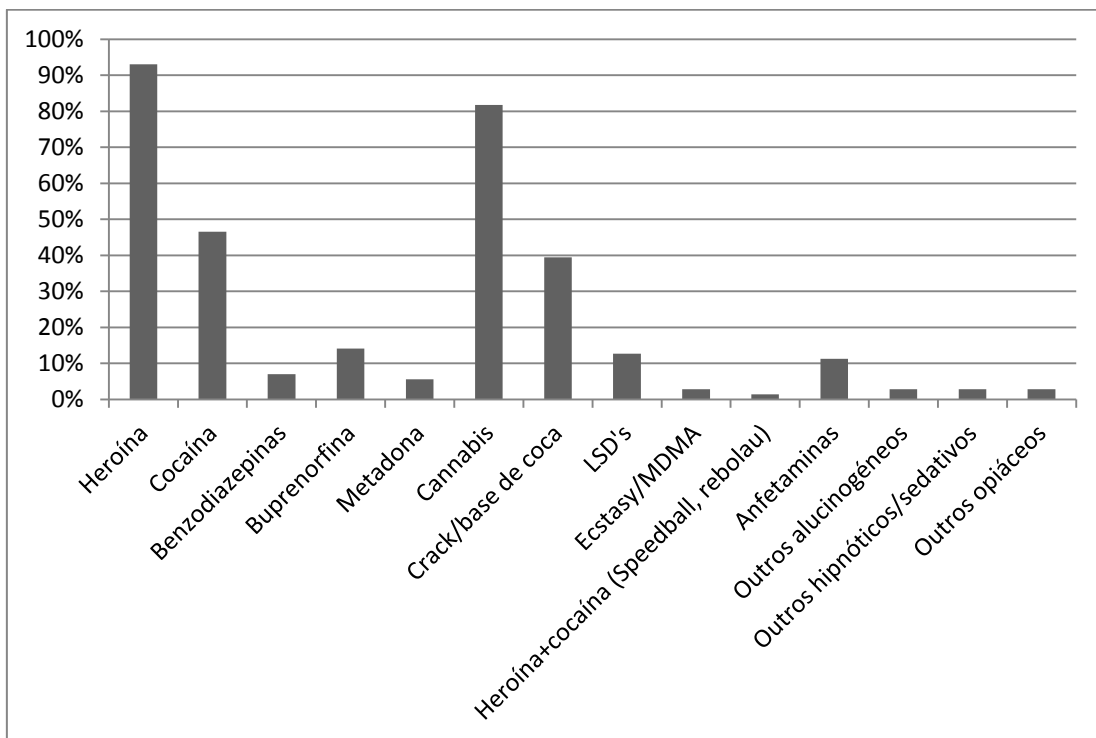
Anexo D - História familiar de consumos

Consumos ao longo da vida	N (%)		
	Pai	Mãe	Companheiro
Sim	12 (16.90%)	5 (7%)	11 (15.50%)
Não	59 (83.10%)	66 (93%)	22 (31%)
NA	-	-	37 (52.10%)
Desconhecido	-	-	1 (1.40%)
Total	71 (100%)	71 (100%)	71 (100%)

Anexo E - Quantidade de substâncias consumidas ao longo da vida

Nº de drogas consumidas	N (%)
1	6 (8.50%)
2	9 (12.70%)
3	21 (29.60%)
4	17 (23.90%)
5	9 (12.70%)
6	3 (4.20%)
7	4 (5.60%)
8	2 (2.80%)
Total	71 (100%)

Anexo F - Tipos de substâncias consumidas ao longo da vida



Anexo G - Consumo endovenoso

Consumo endovenoso	N (%)
Sim	33 (46.50%)
Não	32 (45.10%)
NA (Casos alcoolismo)	4 (5.60%)
Desconhecido	2 (2.80%)
Total	71 (100%)